

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 177

*Traitement chirurgical
des
Sténoses Pyloro-Duodénales
d'origine biliaire*

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 5 Juillet 1923

PAR

Mihaïlo GOLOBOVITCH

né le 13 Février 1897 à BELGRADE (Serbie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1923

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES STÉNOSES PYLORO-DUODÉNALES
D'ORIGINE BILIAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 177

Traitement chirurgical
des
Sténoses Pyloro-Duodénales
d'origine biliaire

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 5 Juillet 1923

PAR

Mihaïlo GOLOUBOVITCH

né le 13 Février 1897 à BELGRADE (Serbie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire
Doyen
Assesseur

M. HUGOUNENQ
MM. J. LEPINE.
ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	N-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOHEL
Histologie	BRETIN
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURSTITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	TRILLAT	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L.)	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	FIERY	ROCHAIX	NOEL, chargé
CADE	COTTE	CORDIER	des fonctions
GARIN	DUROUX		

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. VILLARD, *président*, M. NOVÉ-JOSSERAND, *assesseur*
MM. PATEL et TAVERNIER, *agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE, A MON PÈRE

En humble témoignage de ma profonde affection et de toute ma reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. VILLARD

*Professeur à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Il a inspiré le sujet de notre thèse.
Nous n'oublierons jamais l'aimable
accueil qu'il nous a toujours fait, ainsi
que les conseils qu'il nous a donnés au
cours de ce travail.

A NOS JUGES

A NOS MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE LYON

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES STÉNOSES PYLORO-DUODÉNALES
D'ORIGINE BILIAIRE

Avant-propos

Au moment où terminant nos études, nous rentrons dans notre pays natal pour y commencer une nouvelle ère de travaux et d'efforts, il est pour nous un devoir bien agréable de pouvoir rendre l'hommage de notre reconnaissance aux Maîtres qui ont contribué à la formation de notre culture médicale.

En premier lieu, nous sommes très heureux de pouvoir ici remercier notre éminent Maître, M. le Professeur E. Villard. Nous avons eu le plaisir de suivre, pendant ces deux dernières années, son enseignement de Chirurgie opératoire, si particulièrement attachant. Ses lumineuses et magistrales leçons resteront à jamais gravées dans notre mémoire. Dans son service de chirurgie nous avons pu apprécier son esprit scientifique et admirer ses conceptions de grand savant. Nous le prions de vouloir bien accepter ici l'assurance de notre sincère gratitude et l'hommage de nos sentiments les plus respectueux.

Notre premier Maître, M. le Docteur Durand, chirurgien des Hôpitaux, nous a reçu dans son service, au début de nos études. Il a guidé nos premiers pas en chirurgie générale ; qu'il nous permette de lui adresser l'hommage de notre grande reconnaissance.

Nous remercions aussi tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux, dont les leçons nous ont permis de comprendre et d'aimer encore mieux la science française faite toute de clarté et de précision.

Nous prions M. le Docteur Richer, Interne des Hôpitaux, Aide d'Anatomie à la Faculté, pour qui nous avons une profonde amitié, d'agréer la respectueuse expression de toute notre reconnaissance. Son amitié et les conseils qu'il nous prodigua, non seulement au cours de ce modeste travail, mais pendant tout le temps de nos études médicales, n'ont pu nous mener qu'au bien.

CHAPITRE PREMIER

Les sténoses vraies et les fausses sténoses.

Avant d'entrer dans le fond de cette question, qui est une étude de thérapeutique chirurgicale, nous devons poser une définition ; car si le terme de sténose pylorique éveille d'emblée dans l'esprit l'idée de gastro-entérostomie, nous allons voir que la question est plus complexe ; bien plus, elle déborde un peu le cadre de la sténose pylorique vraie, et les indications thérapeutiques peuvent s'adresser encore aux fausses sténoses par spasme pur, et encore aux dilatations gastriques sans sténoses dues aux lésions inflammatoires du péritoine gastro-hépatique.

Le tableau de la sténose pylorique est banal ; et si nous rappelons ici que ses éléments caractéristiques sont :

- les vomissements,
- les ondes péristaltiques,
- les caractères du tubage.
- les signes radioscopiques,

c'est pour montrer qu'il est des malades, que nous reconnaitrons comme atteints d'une cholélithiase, qui nous arrivent avec un tableau seulement partiel, un trouble d'évacuation qui peut tenir aussi bien à un rétrécissement large du pylore, intrinsèque ou spasmodique, ou encore à une atonie gastrique sans troubles sphinctériens.

Aussi devons-nous rappeler schématiquement quels sont les troubles gastro-pylorique que l'on peut rencontrer au cours de la lithiase vésiculaire, et montrer ceux, parmi ces troubles, que nous visons dans cette étude.

Or on peut, sans doute un artificiellement, distinguer deux ordres des troubles gastriques chez les biliaires : des troubles légers et des troubles graves. Par troubles légers, nous entendons quelques douleurs, aigreurs, pesanteurs, lenteur des digestions, de l'aérophagie, bref un certain nombre de petits phénomènes qui seuls ne seraient pas grand chose, mais qui par leur association font du malade un dyspeptique : et c'est pour cette dyspepsie que le malade va parfois demander conseil au médecin : à celui-ci incombera le devoir de songer à une lithiase vésiculaire, et de la diagnostiquer. Et cet ensemble symptomatique peut survenir soit au cours de l'évolution d'une lithiase qui date déjà de quelque temps, mais que le malade avait négligée jusque-là, soit au contraire comme première phase de la lithiase vésiculaire, c'est la dyspepsie prémonitoire de Cotte, que Loeper préfère nommer dyspepsie initiale.

A l'opposé de ces troubles légers, il y a des troubles graves, et dont la gravité est faite d'ailleurs de l'ancienneté de la lithiasé : on ne les rencontre pas en effet au stade prémonitoire de l'affection ; ils peuvent se manifester aux trois portions de l'estomac, à savoir :

1° Au cardia, y créant un syndrome précoce par cardiospasme.

2° Au corps, biloculation vraie ou spasme médio-gastrique.

3° Au pylore : sténose vraie, ou spasme pylorique.

Il faut y ajouter la dilatation atonique par altération musculaire consécutive aux inflammations péritonéales, bien étudiée par M. Gardère.

Nous n'aurons en vue, dans cette étude, que ces troubles gastriques graves ; et encore laisserons-nous de côté ceux qui ont pour siège le cardia ou la petite courbure (biloculations). C'est qu'en effet, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture des observations que nous rapportons, parmi les malades, lithiasiques avérés, chez lesquels l'état gastrique impose un beau jour un acte chirurgical, les uns ont de la sténose pylorique caractérisée, les autres ont un grand estomac atone. Et comme souvent le temps presse et que l'état général ne permet pas toujours de faire les examens de tubage et de radiocopie aussi complets qu'il pourrait paraître désirable, il ne faut pas s'étonner que rentrent dans le même cadre ces malades à grand estomac et ces sténosiques avec ondes péristaltiques. C'est ce qui justifie ce que nous disions en commen-

çant, à savoir que cette étude déborde un peu le cadre de la sténose pylorique vraie.

Si nous pénétrons maintenant dans un domaine moins théorique, et si nous parcourons les observations rapportées plus loin, nous voyons que presque tous les malades, lithiasiques avérés qui ont reculé jusqu'ici devant le traitement radical, présentent des vomissements : ce sont même ces derniers qui obligent le malade à une thérapeutique jusque-là différée. Beaucoup de ces malades présentent de la dilatation gastrique, tous peut-être ; mais il est impossible d'en préciser le degré, car souvent ces malades sont dans un état relativement précaire et l'examen radioscopique n'est pas fait. Mais ce qui fait que ces malades appartiennent à deux catégories différentes, c'est que les uns ont du péristaltisme, les autres n'en ont pas. Quelle est l'importance de ce péristaltisme dans le syndrome de sténose pylorique ? Elle est certes très grande, mais son absence ne signifie pas sans doute qu'il n'y a pas de sténose ; il y a des rétrécissements larges du pylore, et la distinction entre deux catégories bien tranchées de malades, les uns avec péristaltisme et sténose, les autres sans péristaltisme ni sténose serait beaucoup trop absolue : il y a des degrés dans la sténose. D'ailleurs celle-ci peut être momentanément augmentée par un spasme temporaire. Nous en arrivons donc à cette conception qu'il y a des malades à rétrécissement serré, des malades à rétrécissement large, d'autres enfin sans sténose mais avec un grand estomac atone.

La thérapeutique chirurgicale devant viser à l'ablation des lésions organiques causales, nous devons nous demander maintenant quelles sont les lésions qui sont à la base de ces manifestations cliniques. Il est évident que nous laissons de côté ici les lésions biliaires pures, celles qui portent sur la vésicule ou même le cholédoque dans certains cas ; nous voulons examiner seulement quelles sont les lésions qui ont un retentissement duodéno-pylorique.

Or la première lésion sur laquelle il importe d'insister est l'existence de la péricholécystite ; cette véritable péritonite sous-hépatique d'origine biliaire peut être plus ou moins diffuse, localiser ses atteintes sur la première portion du duodénum ou étendre ses méfaits jusqu'à la petite courbure, faisant adhérer celle-ci au hile du foie. Donc adhérences et brides seront des lésions essentielles créant une sténose par obstacle mécanique qui est d'ailleurs plus duodénale que pylorique. Il y a plus, et on peut rencontrer deux autres lésions donnant lieu à un obstacle mécanique : c'est d'une part la présence de l'épiploon, qui vient souvent adhérer au fond de la vésicule, et qui peut créer dans quelques cas une corde véritable au-devant du côlon et de la région pyloro-duodénale. C'est de plus, mais obstacle exceptionnel, la présence d'un calcul biliaire qui a déjà traversé la paroi de la vésicule et que l'on retrouve dans l'épaisseur de la paroi duodénale n'ayant pas eu le temps de terminer sa migration, comme dans une observation de Tuffier.

Voilà pour les obstacles mécaniques vrais. Quelle est maintenant la part du spasme comme facteur sté-

nosant ? Le pylorospasme peut exister seul, ou associé à des lésions organiques, qui seront d'origine vésiculaire dans le cas qui nous occupe. Or ce pylorospasme, qui peut se compliquer de gastrospasme réactionnel, et à une période tardive de l'évolution d'atonie gastrique par fatigue de la musculature du corps, revêt généralement le masque de la sténose pylorique organique. Il est donc intéressant à rappeler ici l'épreuve de l'atropine qui peut faire cesser le spasme, et montrer par conséquent quelle est sa participation dans une sténose organique. Mais on sait que l'épreuve de l'atropine est assez souvent en défaut. Il faut aussi noter l'action sédative de certains sels, le carbonate de bismuth en particulier, qu'il faut bien connaître car cela peut avoir une importance au cours des examens radiologiques. La connaissance des caractères de ce pylorospasme est importante ; comme il simule la sténose pylorique, on peut être tenté de faire une gastro-entérostomie, qui serait illogique si le spasme existe seul sans adhérences sténosantes, et qui laisserait en place la cause qui provoque ce spasme, à savoir la vésicule enflammée.

Examinons maintenant en troisième lieu quelles sont les lésions d'origine biliaire qui conditionnent *l'atonie avec dilatation gastrique* sans rétrécissement pylorique. On sait que cette question, déjà étudiée en 1884 par G. Sée et Mathieu, a fait l'objet de la thèse de M. Gardère en 1911. Grâce à des examens anatomo-pathologiques très détaillés, cet auteur a pu mettre en valeur d'une façon indiscutable les lésions du muscle gastrique sous-jacent à un péritoine chronique-

ment enflammé : sclérose, atrophie, dégénérescence. Si bien qu'il est essentiel de noter la constance de ces lésions histologiques et de l'opposer à ce fait que toutes les adhérences d'origine vésiculaire sont loin d'être sténosantes : ce qui nous explique en partie pourquoi la libération et la destruction des adhérences sont généralement inefficaces (l'insuffisance de cette intervention étant démontrée par ailleurs par la reproduction des adhérences).

Telles sont les principales notions que nous avons cru devoir rappeler avant d'examiner quelles sont les méthodes thérapeutiques qui sont à notre disposition et quels en sont les résultats. Si nous avons rapproché des sténoses vraies ces dilatations atoniques de l'estomac, c'est parce que les unes comme les autres entraînent des troubles graves qui obligent les malades à une thérapeutique, ce qui permet en quelque sorte de les opposer aux dyspepsies légères, qu'elles soient prémonitoires ou évolutives dans le cours de la lithiase biliaire.

CHAPITRE II

Les méthodes thérapeutiques.

Quels sont les moyens thérapeutiques que nous avons à notre disposition ? Il semble « a priori » que l'on puisse envisager d'une part un traitement médical, d'autre part un traitement chirurgical. Toutefois le traitement médical, qu'il est rationnel de mettre à exécution dans certaines affections proprement gastriques, ne saurait avoir ici la même importance, puisque les troubles gastriques sont secondaires à une lésion vésiculaire. D'autre part nous avons déjà insisté sur ce fait qu'il s'agissait toujours de phénomènes d'importance, parfois graves qui réclamaient dans certains cas une thérapeutique presque d'urgence. Aussi bien la base de cette thérapeutique est-elle essentiellement chirurgicale. Le seul point à étudier est de savoir s'il y a lieu de chercher à élucider, par un traitement médical approprié, la part du spasme dans les phénomènes sténosants. Mais ceci est presque spéculation de l'esprit, puisque

la cause qui entretient le spasme persiste, et qu'il est logique d'aller à elle.

Les interventions qui sont à notre disposition sont d'ordres divers ; et il en est une que nous voulons mettre à part dans cette étude, car elle s'impose dans certaines conditions : dans les cas où l'obstruction est due à la présence d'un calcul dans le pylore ou la première portion du duodénum, il est indiqué de l'extraire par une pylorotomie.

Lorsque les calculs ont infiltré la paroi pylorique et ont créé une sténose cicatricielle, certains ont pensé qu'une intervention radicale, la pylorectomie, amènerait la guérison. Nous n'en donnerons pour exemple que l'observation de Le Bec, où la pylorectomie a été suivie de mort par choc opératoire.

Cette idée de lever l'obstacle, qui vient tout naturellement à l'esprit peut se réaliser encore d'une autre manière, lorsque l'obstacle est créé par des brides et des adhérences : il doit suffire, semble-t-il de lever ces obstacles, de détruire ces brides et ces adhérences pour obtenir le libre passage au niveau du pylore. Le fait est en effet indiscutable, et cette intervention suffit à lever l'obstacle. Mais son effet n'est généralement que passager ; et si dans certaines observations la section d'adhérences a suffi pour amener la guérison, comme dans le cas de Riedel, en général on voit les malades revenir au bout d'un temps variable, avec les mêmes phénomènes : et cela n'a rien d'étonnant ; la cause est restée, et le foyer inflammatoire vésiculaire a continué à manifester sa présence en reformant des nouvelles adhérences.

Voici, d'autre part, les renseignements donnés par Pinatelli dans sa thèse :

« Tous les chirurgiens reconnaissent qu'il existe des cas assez nombreux où la libération des adhérences gastriques habituellement assez facile devient par leur siège profond (postérieur ou pylorique), par leur étendue ou leur résistance, d'une véritable difficulté et d'un réel danger pour l'intégrité des parois de l'estomac.

D'autre part, von Eiselsberg a bien insisté sur les difficultés d'une péritonisation suffisante des surfaces dénudées que laisse l'ablation des adhérences étendues et les récidives qui s'en suivent. Les réinterventions ont été nombreuses dans ces cas, et la gymnastique par insufflation gastrique est d'un bien faible secours, semble-t-il, contre la rétractibilité de ces cicatrices postopératoires étendues. »

Il est une intervention, exceptionnelle, et que nous donnons surtout à titre documentaire, car elle est à rejeter, c'est la dilatation du pylore. Elle a été utilisée par Bond. Cet auteur a dilaté le pylore avec des bougies de Hégar, la dilatation digitale n'ayant pas été possible ; et après une amélioration passagère, les troubles gastriques récidivèrent et la malade dut subir la gastro-entérostomie.

Si nous revenons maintenant à la pratique chirurgicale courante, la question qui se pose d'habitude en présence des sténoses pyloriques d'origine biliaire est de savoir si l'on doit agir sur le tube digestif ou sur le système biliaire. Le malade, ancien lithiasique, vient pour des troubles gastriques : faut-il faire la

gastro-entérostomie ? Mais ces troubles sont d'origine biliaire : faut-il faire la cholécystectomie ? Faut-il traiter les troubles actuels, faut-il traiter la lésion causale ? Le plus sûr est sans doute de faire les deux, mais il s'agit d'un acte chirurgical de gravité bien plus grande.

La gastro-entérostomie est une intervention que l'on doit considérer comme bénigne, appliquée dans de telles conditions : seul l'état général d'un malade très déprimé et très amaigri peut en augmenter la gravité, mais il est juste de remarquer que c'est une intervention très bien supportée.

Si on veut lui opposer la cholécystectomie, il est assez difficile de savoir quelle sera l'opération la plus grave. L'une est de technique commode mais ouvre des cavités gastrique et intestinale ; l'autre est de technique plus difficile, surtout dans ces cas où les adhérences sont nombreuses, fortes et méritent d'être libérées : d'ailleurs cette libération est obligatoire, car sans elle on ne peut découvrir la vésicule.

Ainsi donc, il n'est guère possible de prouver par des statistiques comparées, quel est le degré de gravité de l'une ou l'autre méthode. Mais cela n'a pas grosse importance, car nous allons montrer que chacune des interventions a ses indications propres.

CHAPITRE III

Indications opératoires.

Le traitement des sténoses pyloriques d'origine biliaire a été déjà étudié par un certain nombre d'auteurs. Mais la question a changé un peu de point de vue, pour deux raisons : d'une part à cause des progrès de la radiologie, qui a permis d'étudier d'assez près des troubles gastriques d'origine biliaire ; ensuite parce que la cholécystectomie, opération radicale, est devenue une intervention de technique bien réglée et de pratique chirurgicale courante.

Voici ce qu'ont écrit Tuffier et Marchais dans leur article de la « Revue de Chirurgie » :

« A part les cas où il existe une cholécystite suppurée avec phlegmon de la paroi et où il faut inciser latéralement au point culminant, le choix de l'incision n'est pas douteux ; la laparotomie médiane s'impose, et nous la considérons comme l'incision de choix, même dans les cas où on trouve une tuméfaction vers

la région pylorique ou le duodénum ; elle nous donnera un champ d'exploration plus large et permettra seule de bien faire la gastro-entérostomie. Sur une incision d'environ 12 cm., le péritoine est ouvert, l'estomac dilaté vient faire hernie dans la place. On le repousse et on le relève, et on explore la région pylorique et duodénale et la région biliaire. C'est alors qu'il faut se rendre rapidement compte des lésions pour choisir immédiatement l'opération qui convient au cas donné. »

Par ailleurs Dufour, dans sa thèse, dit textuellement :

« Quelle est l'opération de choix dans l'affection qui nous occupe. Nous avons étudié consciencieusement toutes les observations que nous rapportons dans cette thèse et nous croyons pouvoir conclure que deux opérations devront avoir la préférence : la pylorotomie, avec ou sans pyloroplastie et la gastro-entérostomie. »

Nous ne reviendrons pas ici sur la pylorotomie pour extraction de calculs biliaires, sur laquelle nous nous sommes déjà expliqués. Mais si nous donnons ces textes, c'est pour montrer qu'il n'y est pas question de cholécystectomie. Or la cholécystectomie doit être considérée comme l'intervention idéale, puisque c'est elle qui s'adresse à la cause et la supprime. Seules des conditions momentanées peuvent nous obliger à faire autre chose, en l'espèce une gastro-entérostomie. Et c'est là que nous allons montrer que les deux opérations ne s'opposent pas, qu'elles s'adressent à des cas différents, et qu'elles peuvent se compléter l'une l'autre.

Ces conditions momentanées seront créées par une sténose pyloro-duodénale nettement établie, non due à un calcul, et entraînant une symptomatologie fonctionnelle et une chute de l'état général telles que l'état gastrique passe au premier plan, et que l'intervention se présente même parfois avec un certain caractère d'urgence. Dans ces cas, où le malade se présente avec des vomissements et des ondes péristaltiques, c'est la laparotomie médiane sus-ombilicale qui s'impose pour faire la gastro-entérostomie.

Dans les cas au contraire où, chez un lithiasique avéré qui nous vient avec des adhérences douloureuses et un rétrécissement large, rien ne presse, l'état gastrique n'est pas alarmant, et nous avons le temps d'attendre le bénéfice que donnera la libération et l'extirpation de la vésicule. Il est clair que dans cette manière de faire l'amélioration gastrique ne se fera pas d'emblée, mais qu'elle se fera progressivement.

Ainsi donc, les deux méthodes ne s'opposent pas : la gastro-entérostomie appartient aux malades en état de sténose pyloro-duodénale confirmée, et on peut presque dire que c'est l'existence des ondes péristaltiques qui en formule l'indication. Dans les autres cas, c'est à la cholécystectomie que l'on aura recours.

Mais nous avons déjà dit que les deux méthodes se complétaient l'une l'autre : et, en effet, si l'on recherche les résultats éloignés de la gastro-entérostomie chez ces lithiasiques vésiculaires, on voit qu'un certain nombre d'entre eux ont dû avoir recours une seconde fois au chirurgien et se faire enlever leur vé-

sicule. Ceci peut restreindre les indications de la gastro-entérostomie.

Ainsi se pose la question de savoir s'il ne faut pas, chez quelques malades, faire à la fois la cholécystectomie et la gastro-entérostomie. Dans un certain nombre de cas, c'est sans doute la meilleure conduite à tenir. Mais alors il faut que le malade puisse supporter dans la même séance les deux interventions, et il est probable que ce ne sont pas les cas les plus fréquents. Nous en rapportons une observation due à l'obligeance de notre Maître, M. le Professeur Villard.

En pareille circonstance, quelle est la technique à suivre ? Lorsqu'on suppose que l'on aura à pratiquer dans la même séance la cholécystectomie et la gastro-entérostomie, quelle est la voie qui nous donnera la plus grande aisance opératoire ? A notre avis, c'est la laparotomie latérale après incision de Mayo Robson, celle qui est couramment utilisée par M. Villard pour toute la chirurgie biliaire. Par cette voie, il est possible de faire la gastro-entérostomie avec la même facilité que par une incision médiane. Seule l'incision horizontale de Sprengel, préférée aujourd'hui par un certain nombre de chirurgiens, peut lui être comparée. Mais l'incision de Mayo Robson, par sa branche verticale, permet une exploration complète et large du duodénum et de l'angle colique droit, ce qui n'est pas négligeable en pareil cas.

Lorsqu'il n'est pas possible de faire, en même temps, la cholécystectomie et la gastro-entérostomie, à cause de l'état général du malade, comme la gastro-enté-

rosthomie s'impose du fait de l'état gastrique, la cholécystectomie ne devient plus qu'une opération secondaire, qui a pu être évitée dans certains cas où l'amélioration aura été suffisante par la dérivation gastro-intestinale.

Mais il sera toujours prudent que le malade subisse, plus tard l'ablation de cette vieille vésicule lithiasique qui aura d'assez grandes chances de subir une dégénérescence néoplasique.

Nous ferons remarquer, en terminant, qu'il n'a pas été question de la cholécystotomie. Il est certain que la cholécystectomie vaut mieux, et nous n'avons pas à ouvrir sur cette question une discussion qui est close aujourd'hui. On trouvera dans quelques observations que nous rapportons, la cholécystostomie seule ou associée à la gastro-entérostomie : seule la date déjà un peu ancienne de l'intervention est l'explication de ce fait.

Observations.

Nous n'avons pas cherché à amasser des observations éparses dans la littérature; nous nous contentons d'en apporter quelques-unes se rapportant à chacun des modes thérapeutiques que nous avons discutés. Un certain nombre sont dues à l'obligeance de notre Maître, M. le Professeur Villard. On trouvera d'autres documents dans les thèses d'Alex, de Pinatelle, de Marchais, dans le livre de Monprofit sur la gastro-entérostomie. Dans la thèse de M. Gardère, les observations X, XI, XII, XIII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, seront intéressantes à consulter.

Premier groupe

Sténose par calculs.

OBSERVATION I

(TUFFIER : *Journal des Praticiens*, 9 mai 1914)

Il s'agit d'une malade ayant présenté des coliques vésiculaires, il y a dix-huit ans. Grands vomissements alimentaires deux à trois heures après le repas, depuis deux ans. Le diagnostic du médecin est cholécystite sans lésions gastriques.

A l'examen, ondes péristaltiques ; chimisme gastrique normal.

Radioscopie : L'estomac se remplit de bismuth comme un estomac normal.

Laparotomie : Pylore normal. La première portion du duodénum est oblitérée, et en déprimant les parois, on sent une tuméfaction molle, rénitente, semblant faire saillie dans sa lumière ; pas d'adénopathie. Nous disons polype du duodénum. Etant donné l'état précaire de la malade, gastro-entérotomie.

Huit jours plus tard, deuxième intervention : ligature des vaisseaux sus et sous-jacents en vue d'une extirpation pyloro-duodénale et, au moment où je vais ouvrir la muqueuse duodénale, je trouve une sorte de bride blanche, fibreuse, descendant de la paroi inférieure du foie, ayant pénétré la paroi même du duodénum. Suivant alors cette bride, je constate que c'est la vésicule biliaire elle-même, car en la sectionnant, il s'écoule de la bile. Résection de cette première portion duodénale. A l'examen de la pièce, au point où la vésicule venait affleurer le duodénum, je trouve inclus dans sa paroi très épaissie un calcul biliaire. Il s'agissait donc d'un rétrécissement duodénal d'origine biliaire. La malade avait eu une cholécystite calculeuse, et, ulcérant le col de la vésicule, un calcul était venu s'enclaver dans la paroi duodénale sans léser la muqueuse, déterminant une sclérose duodénale épaississant les parois.

Deuxième groupe

Pylorectomie.

OBSERVATION II

(In *Thèse* de Dufour, obs. XXIII)

Infiltration de calculs biliaires dans le pylore. Sténose pylorique cicatricielle. Pylorectomie. Mort.

Mme X..., à Issy-les-Moulineaux, entrée à l'hôpital Saint-Joseph, dans le service du docteur Le Bec, vers le commencement de décembre 1902.

La malade, âgée de 51 ans, ne présente rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires ; son père est mort dans un naufrage ; sa mère et un frère sont vivants et bien portants.

Antécédents personnels : La malade a eu, vers l'âge de 30 ans, une fièvre muqueuse, qui ne laissa après elle aucune suite fâcheuse.

Quelque temps après, il y a vingt ans environ, jaunisse assez intense. La malade ne se rappelle pas avoir eu à ce moment de vraie crise de coliques hépatiques. Quoi qu'il en soit, elle n'a plus souffert de ce côté et jamais, depuis, elle n'a eu de nouveau la jaunisse.

Maladie actuelle : Le début de l'affection est passé inaperçu. Peu à peu, la malade s'est aperçue qu'elle digérait moins facilement, puis, il y a quatre ans environ, sont apparues des douleurs au niveau de la région épigastrique, des sensations de tiraillements et de brûlure, environ une heure après le repas. A ce moment, il n'y eut jamais de vomissements, mais des renvois continuels, très acides.

Pas d'hématénèse. Pas de méloena constaté.

Il y a dix-huit mois, outre ces douleurs, sont survenus des vomissements, bilieux surtout. Ils apparaissaient à des moments très variables : tantôt aussitôt après les repas, tantôt le soir, quelquefois pendant la nuit, vers 10 ou 11 heures, et duraient jusqu'à ce que l'estomac fût complètement vidé. Puis les vomissements ont été alimentaires et un peu moins fréquents.

A ce moment, l'examen de l'estomac permettait déjà de reconnaître l'existence d'une dilatation stomacale assez marquée.

Plusieurs médecins la soignèrent pour gastrite chronique avec périgastrite. L'état s'est aggravé peu à peu, la malade a maigri d'une façon progressive, jusqu'à la cachexie et actuellement, elle présente les symptômes suivants :

Etat actuel : Appétit encore un peu conservé, mais impossible à satisfaire, car la malade craint des douleurs. En effet, s'il n'y a pas de gêne dans la déglutition, par contre, aussitôt après l'ingestion d'un aliment quelconque, apparaissent des douleurs violentes, généralisées à toute la région épigastrique, donnant la sensation de tiraillements, de torsion de l'estomac.

L'estomac ne supporte d'ailleurs aucun aliment : les vomissements sont continuels, presque immédiats et obligent la malade à se lever de table. Les matières rejetées sont acides et donnent une sensation d'aigreur en passant à la gorge. Elles sont composées de débris d'aliments ingérés, qui sont rendus sans avoir subi aucun commencement de digestion.

Outre les matières alimentaires, les vomissements contiennent des glaires et de l'eau.

La malade entend elle-même, dans son estomac, le bruit de glou-glou et elle se plaint d'avoir eu, à différentes reprises, au niveau de l'hypochondre droit, des douleurs occasionnées, lui semblait-il, par des boules qui se déplaçaient.

Pas d'hématémèse, ni de traces de sang dans les vomissements.

Examen de la malade : La palpation profonde permet de sentir une certaine résistance un peu à droite et au-dessus de l'ombilic, sous le foie. Cet examen provoque peu de douleurs,

mais sous son influence, l'estomac subit des contractions péristaltiques qui le dessinent sous la paroi. A la percussion, la sonorité de l'estomac est exagérée ; la zone est très étendue et la limite en bas descend jusqu'à l'ombilic, à droite, atteint la ligne médiane et à gauche la ligne axillaire antérieure. L'auscultation permet de constater la présence d'un clapotage marqué, avec bruit de glou-glou.

Diagnostic : Dilatation, de l'estomac par suite de sténose pyrolique, d'origine indéterminée.

Pendant les quinze jours que la malade a été mise en observation, les vomissements ont cessé. Elle a pris pendant ce temps, environ un litre et demi à deux litre de lait chaque jour, avec un œuf battu. Ce lait n'a pas été vomi et la malade n'a eu que des renvois acides. Elle a néanmoins ressenti quelques douleurs épigastriques. Elle est de plus très constipée et souffre fréquemment de très vives coliques.

On n'a pas remarqué de sang dans les matières fécales.

Les appareils respiratoire et circulatoire sont sains.

Rien d'anormal du côté du système génito-urinaire. N'est plus réglée depuis un an, époque à laquelle les phénomènes gastriques ont paru s'exagérer.

Etat général mauvais. La malade se sent très affaiblie, la vue est un peu obscurcie par suite de la faiblesse : bouffées de chaleur, vertiges, impossibilité de rester longtemps debout.

Sensation de bien-être presque parfait dans la position couchée.

Tous les traitements médicaux ayant échoué pendant des années, une opération est décidée contre la sténose du pylore. La malade réclame d'ailleurs énergiquement cette opération, qu'on lui avait proposée depuis longtemps et qu'elle avait toujours refusée jusque-là.

Opération le 22 décembre. — Opérateur : M. le docteur Le Bec ; aides : MM. Müller et Meny, internes ; chloroformisateur : M. Ménager, interne.

On s'apprête à pratiquer une gastro-entérostomie.

Laparotomie médiane découvre l'estomac qui ne présente rien de particulier que sa grosse dilatation. Nombreuses adhérences du foie à l'épiploon et au pylore. A la face inférieure

du foie, au niveau de l'encoche de la vésicule, on trouve une masse adhérente au foie et au duodénum, à peu près de la grosseur d'un mandarine ; elle est très dure et l'on reconnaît que c'est la vésicule biliaire qui renferme des calculs ; on la sépare des parties environnantes et l'on constate qu'elle est très atrophiée et d'aspect fibreux. Au toucher, elle semble s'être rétractée sur les calculs. Ouverture de la vésicule : elle contient un calcul d'une forme irrégulièrement cubique et du volume d'une grosse noisette. Outre ce gros calcul, il y en a cinq autres un peu plus gros qu'une lentille et à facettes. La vésicule ne renferme pas de bile, sa muqueuse est sclérosée et il est certain que la circulation biliaire ne s'y fait plus.

Après l'extraction des calculs, on la suture, l'extirpation ayant été jugée trop difficile et trop longue.

On recherche ensuite le pylore, qui est libéré de ses adhérences ; il présente une induration et une épaisseur considérables, sur la nature desquelles il est impossible de se prononcer. Diamètre : 4 cm. environ et forme cylindrique, empiétant sur une partie du duodénum. Ce dernier et le pancréas paraissent sains.

Section du duodénum à la limite de ce qui paraît être sain ; section d'autre part du pylore du côté de l'estomac.

On obtient ainsi une bouche stomacale. Au moyen d'une aiguille courbe, on fait passer un fil de soie au travers de la paroi stomacale, de dehors en dedans ; le chef interne du fil est passé dans la paroi duodénale, puis ensuite à travers la paroi stomacale, de dedans en dehors cette fois, en un point très proche de l'entrée du premier chef de façon que le duodénum soit entraîné par l'anse ainsi formée, dans la cavité stomacale.

En tirant sur les deux chefs et en ouvrant la bouche stomacale, on introduit en effet le duodénum dans l'estomac, de façon à le faire pour ainsi dire avaler par celui-ci.

Après avoir rétréci l'orifice stomacal de telle sorte qu'il ait à peu près la même ouverture que l'orifice duodénal, le duodénum et l'estomac sont fixés l'un à l'autre par un double surjet à la Lambert.

Suture de la paroi. Drainage. Pansement.

Examen macroscopique : La pièce qui vient d'être enlevée mesure environ 4 cm. de long ; elle est formée par le pylore et le commencement du duodénum. Le pylore est très épaissi ; mais n'est pas cancéreux ; le rétrécissement fibreux, dur, est très prononcé, au point que l'orifice du canal n'admet plus que le passage d'un tuyau de plume d'oie. On trouve ensuite, dans l'orifice même un calcul et l'on en sent d'autres enclavés dans les parois. On aperçoit ensuite, à l'extérieur, un orifice par lequel ont sans doute pénétré les calculs pour gagner le pylore, car il est continué par un trajet fistuleux, aboutissant au point où se trouvent précisément les calculs enchatonnés. Cette fistule a dû être en rapport avec la vésicule biliaire ; il s'est fait de la péricystite, suivie de la formation d'adhérences entre le vésicule et le pylore, puis perforation des parois de la vésicule et migration des calculs vers le pylore, où ils s'arrêtent et se fixent. Leur présence a déterminé une irritation des parois et de la muqueuse puis un épaissement inflammatoire de l'anneau pylorique.

Le rétrécissement est donc dû : d'une part à la présence des calculs, d'autre part à l'épaississement inflammatoire de l'anneau pylorique.

La malade a succombé des suites du schok et d'épuisement au bout de trente heures.

Troisième groupe

**Dilatation du pylore
par voie endogastrique.**

OBSERVATION III

(J. Bond, *The Lancet*, july 25 1896, n° 3084, p. 236)

Sténose bénigne du pylore. Dilatation digitale. Guérison opératoire. Récidive. Gastro-entérostomie ant. Guérison.

Cas observé en mars 1894, tableau symptomatique typique. Le malade avait été soldat et avait habité l'Inde. Il avait d'abondants vomissements journaliers de liquides aqueux. Il se pratiquait lui-même des lavages d'estomac qui procuraient une amélioration sinon durable, au moins temporaire. Il avait eu recours également à toute la série des médicaments gastriques et des désinfectants intestinaux. A l'ouverture de l'abdomen, on constata que le segment pylorique de l'estomac présentait un aspect rugueux et des adhérences avec la face inférieure du foie : au toucher, on avait la sensation d'une hypertrophie annulaire. Après avoir ouvert l'organe suivant une incision parallèle à la grande courbure et à trois travers de doigt du pylore, on introduisit le doigt. L'orifice pylorique ne pouvait admettre que l'extrémité du petit doigt ; aussi la dilatation fut pratiquée au moyen de dilateurs de Hegar, puis avec les doigts jusqu'à ce que la circonférence mesurât 3 pouces et demi et l'estomac fut refermé. Les résultats, pendant les premiers mois, furent vraiment encourageants, la maladie disparut et le malade gagna rapidement en poids. Malheureusement, cette amélioration ne se maintint pas ; il revint bientôt à son état primitif avec le désappointement en plus d'une opération infructueuse. En mai 1895,

L'abdomen fut de nouveau ouvert et la première partie du jéjunum fut anastomosée à la face antérieure de l'estomac, près du pylore, au moyen de bouton de Murphy. La guérison fut rapide et le résultat de l'opération fut excellent. En juin 1896, le malade est en parfaite santé. Il a gagné un « stone » et demi et a pu reprendre ses occupations. Il n'a jamais rendu le bouton.

Quatrième groupe

Libération d'adhérences.

OBSERVATION IV

(Riedel, *Arch. für Klin. Chr.* t. XLVII, p. 169, obs. 5)

Douleurs d'estomac. Section d'adhérences. Guérison.

Homme de 67 ans, entré le 19 juillet 1892. Ce petit homme, maigre, très excité, nous dit que depuis cinq ou six ans, il a souffert de très vives douleurs dans les environs de la vésicule biliaire. Depuis quatre ans, il a des nausées et des pesanteurs d'estomac, d'abord tous les deux mois, puis plus souvent. Les douleurs sont très intenses dans les environs du foie, du sacrum et des épaules. Les accès duraient souvent un jour, accompagnés d'un grand sentiment de faiblesse et d'accès paroxystiques. Dans les derniers mois, le patient a toujours été malade ; il maigrissait, avait fait un usage exagéré de morphine, tel que son médecin, après l'avoir longtemps soigné, l'envoie ici pour qu'on le débarrasse de ses calculs.

L'examen de cet homme cyanosé montre de l'emphysème pulmonaire, tandis que le cœur est sain. Le foie dépasse les fausses côtes de trois travers de doigt, il est seulement descendu. La pression sur la vésicule est très douloureuse. Le

malade souffre au point de désirer une opération immédiate, bien qu'on ne lui ait pas caché le danger d'une opération, à cause de l'état de ses poumons. Comme son médecin avait fait le diagnostic de calculs biliaires, comme dans son état tout était en faveur de ce diagnostic, on fait l'opération le 23 juillet 1892.

Tout de suite, on voit l'épiploon adhérent à la vésicule, jusqu'à son col ; ainsi une corde épiploïque allait de la *porta hepatis* par-dessus le duodénum, environ deux doigts de large, au-dessous du pyllore, se rétrécissant jusqu'à n'avoir que 3 millimètres en avant du duodénum et s'élargissant en bas et en haut. Au-dessous, cette corde allait dans l'épiploon qui, dilaté, adhérait avec le bord droit du duodénum. Alors la corde fut sectionnée et immédiatement le duodénum se dilata. La vésicule semblait, après le détachement de l'épiploon, molle et compressible.

Dans la profondeur, on ne sentait aucune pierre. Alors, fermeture du ventre.

Suites sans fièvre. L'emphysème se traduisait par de la toux et de la suffocation. Rapide guérison. Quatorze jours après l'opération, le malade se lève. Départ huit jours après. Les douleurs revinrent, mais le malade fut mis à un régime par son médecin et, par la suite, les douleurs disparurent. Le malade put reprendre ses occupations antérieures et même se permettre quelques excès de boisson.

OBSERVATION V

(Riedel, *Ibid*, obs. 7)

*Diag : Sténose d'origine biliaire. Section d'adhérence.
Guérison.*

Femme, 48 ans, entre le 30 janvier 1893. La patiente souffre depuis très longtemps d'une faiblesse d'estomac. Mauvaise digestion.

En novembre 1892, elle eut plusieurs jour un accès de coliques hépatiques. Depuis huit semaines déjà, elle avait de l'ictère. Après l'accès, on trouva deux grosses pierres dans ses selles. A Noël, nouvel accès de trois jours. Douleur et ictère qui, après quatorze jours, ne sont pas encore tout à fait passés. A cause de cela, la patiente fut soulagée de ses douleurs d'estomac. Elle vit dans une peur continuelle d'un troisième accès.

Etat actuel : Souffrante, très fatiguée, verdâtre. Le bord inférieur du foie est très gros, descend jusqu'à l'ombilic. Un point douloureux dans les environs de la vésicule.

Selles et urines normales.

4 février 1893 : L'incision montre un foie énorme, dont la partie droite adhère à la paroi abdominale. La vésicule est adhérente à l'épiploon. Après section, on voit une vésicule biliaire, petite, atrophiée, avec des cicatrices au fond. Le canal cystique est loin et court. Le cholédoque s'éloigne également, mais nulle part de pierres. Le pancréas apparaît épaissi. Section d'autres adhérences. Fermeture du ventre.

Au 5 mars 1893, la malade se plaint encore de l'estomac ; le 14 novembre, elle dit qu'elle va mieux, l'appétit revient. Nouvelles douleurs abdominales vagues. Elle pèse 155 livres.

Cinquième groupe

Gastro-entérostomie.

OBSERVATION VI

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Villard)

Mme A..., 52 ans, va consulter M. Bouveret, pour des accidents de sténose pylorique très marqués. Grands vomissements, état précaire, cachexie. Passé lithiasique ancien. Le diagnostic porté est celui de sténose pylorique biliaire. En raison de l'état grave de la malade, on se décide à pratiquer uniquement une gastro-entérostomie.

24 avril 1915 : Gastro-entérostomie postérieure au bouton. On constate au cours de l'intervention que la sténose résulte bien en effet d'adhérences intimes du duodénum avec une vésicule calculeuse rétractée, toute la région sous-hépatique est bloquée par des adhérences. Rétablissement progressif, mais lent, de l'état général.

La malade part guérie au bout de six semaines.

Ultérieurement, cette malade a succombé à des accidents d'infection biliaire avec un état cachectique pouvant faire penser à une transformation néoplasique.

OBSERVATION VII

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Villard)

Mme S..., 62 ans, entre à l'hôpital pour douleurs épigastriques.

A. H. : Mère morte à 74 ans, diabétique et albuminurique.
Père mort à 73 ans. Frère et sœur en bonne santé.

A. P. : Bonne santé dans l'enfance et l'adolescence. Bien réglée jusqu'à 55 ans. Mariée à 22 ans. Deux enfants en bonne santé. Deux fausses couche de 2 mois. Premier mari mort à 39 ans, de méningite tuberculeuse ; remariée à 36 ans.

Pas de maladies sérieuses anciennes.

Depuis deux ans environ, la malade éprouve quelques troubles gastriques. C'était, au début de simples sensations de pesanteur du creux épigastrique après l'alimentation, survenant à intervalles plus ou moins espacés, sans aucun phénomène pylorique ni atteinte de l'état général.

Mais, depuis le mois d'août 1921, apparition de symptômes nouveaux : la malade se mettait à table avec l'appétit, mais était forcée de réduire considérablement son alimentation, car si elle mangeait trop, elle éprouvait, environ deux heures après le repas, en plus des sensations de pesanteur qui se produisent régulièrement, l'impression que les aliments séjournaient très longtemps dans l'estomac et ne le franchissaient que très péniblement. Mais la malade n'a *jamais eu de vomissements*.

Ces symptômes se produisaient d'une façon régulière, jamais des douleurs très vives, toujours des douleurs sourdes. Renvois très fréquents, d'odeur fade, non acide. Jamais d'hémathémèse. Jamais de melœna constaté.

Ces symptômes gastriques se sont accompagnés d'une *atteinte profonde de l'état général*, consistant avant tout en perte de force et amaigrissement considérable depuis six mois. Il est à remarquer toutefois que la malade a conservé pendant très longtemps son appétit ; si elle s'abstient de manger tout aliment gras, ce n'est nullement par dégoût, mais parce que cela provoquait avec prédilection les phénomènes douloureux.

Après avoir vu plusieurs médecins, et avoir subi plusieurs traitements médicaux, qui ne l'améliorèrent nullement, la malade est examinée radioscopiquement au début de mai, puis consulte le docteur Villard, qui conseille intervention chirurgicale.

A l'examen, malade très amaigrie.

Gros estomac, descendant au-dessous de l'ombilic, présentant un clapotage net.

Ondes péristaltiques nettes, avec soulèvement pur. Frémissement intermittents de la paroi gastrique.

Par la palpation, on sent sur le flanc droit de la colonne, à 3 cm. au-dessus de l'ombilic, une petite tumeur très mobile, douloureuse, que l'on prend facilement. Rien à signaler aux autres organes.

Intervention le 3 mai 1922 : Incision sus-ombilicale. Gros estomac très distendu. Adhérences très marquées de la vésicule et du duodénum avec coudure au niveau de la partie initiale de ce dernier. Pas de néoplasme. Libération des adhérences. Gastro-entérostomie postérieure à la suture.

Le 5 juin 1922, la malade sort de l'hôpital guérie.

OBSERVATION VIII

(In *Thèse de Dufour, obs. xxii*)

Gastro-entérostomie, pour rétrécissement extrinsèque du pylore d'origine biliaire.

Une femme de 43 ans était en traitement à l'hôpital Broca, dans le service de M. Pozzi, lorsque j'ai pris le service en juillet 1897. Elle souffrait de douleurs assez vives dans la région du foie. L'origine de ces douleurs remontait à plusieurs années, le diagnostic était délicat et la malade était encore en observation depuis quelques jours, lorsque j'eus l'occasion de l'examiner.

D'une bonne santé habituelle, jusqu'à ces dernières années, cette malade avait eu deux couches normales, la dernière remontait à dix-huit ans.

Il y a cinq ans que, pour la première fois, elle souffrait dans la région du foie ; les premières douleurs furent violentes et se manifestèrent sous forme de crise ressemblant assez à des coliques hépatiques. La douleur se localisait surtout au niveau du foie, dans l'hypochondre droit ; de là,

elle s'irradiait en haut à l'épigastre et à l'épaule, et descendait jusqu'au pli de l'aîne. Les premières douleurs devinrent presque continuelles et subintrantes pendant trois mois. Il y avait des vomissements assez fréquents, mais il n'y eut jamais d'ictère.

A cette époque, la malade consulta beaucoup de médecins; elle fut soignée pour les névralgies abdominales ou intercostales. Divers traitements furent essayés ; ils ne procurèrent aucun soulagement.

En juillet 1875, cette malade vint consulter à l'hôpital Broca : déjà à cette époque on soupçonna la nature hépatique de ces douleurs, mais la malade portait en même temps un petit fibrome ; on pensa qu'il y avait aussi peut-être un rapport entre le fibrome et les douleurs, et une hystérectomie vaginale fut pratiquée. Pendant quelques mois, il y eut un soulagement réel, mais au bout de quelque temps, les douleurs réapparurent avec le même caractère que dans les premiers temps.

Depuis lors, la malade a toujours, ou presque toujours, souffert : elle n'a jamais eu une semaine d'accalmie, et bien qu'elle n'ait été jamais complètement alitée, elle n'a, pour ainsi dire, jamais eu de repos. Aussi, en juin 1897, se décida-t-elle à revenir consulter à l'hôpital, où elle fut admise, salle —, lit n° 2.

Actuellement, la malade est prise, presque chaque jour, et à pareille heure, d'une crise douloureuse, qui a les caractères suivants :

Elle ressent une douleur à droite, dans les fausses côtes : c'est un tiraillement, puis une brûlure. La douleur s'étend au creux épigastrique, qui est douloureux à la pression, à l'épaule droite, à la moitié droite de l'abdomen et jusque dans l'aîne, mais elle ne se prolonge ni dans le membre inférieur, ni vers la vessie, ou la vulve. La douleur s'étend aussi au flanc gauche, mais elle est toujours beaucoup moins vive de ce côté que de l'autre.

Bien que vive, la douleur n'est pas atroce ; il n'y a rien là qui rappelle les fortes crises hépatiques ou néphrétiques. La malade peut rester debout, et si elle est couchée, elle peut rester tranquille.

Pendant la crise, il n'y a pas de ténésme vésical, les envies d'uriner sont un peu plus fréquentes, la malade urine toutes les heures, mais sans douleurs ; il n'y a jamais eu de sang dans les urines. Celles-ci présentent seulement une coloration rouge assez foncé et on y trouve une assez grande quantité d'acide urique et d'oxalate.

Par contre, il se produit des vomissements constants et dans lesquels on retrouve les aliments ingérés le matin et incomplètement digérés. Ces vomissements se répètent toutes les demi-heures ou toutes les heures, jusqu'à ce que l'estomac soit absolument vide.

La crise se prolonge ainsi fort avant dans la nuit, jusque vers une heure du matin. A ce moment, la malade s'endort et pendant le reste de la nuit, pendant la matinée et la première partie de la journée, elle reste calme. Le côté est endolorie ; elle y éprouve encore une vague douleur, mais il n'y a rien de comparable à la douleur plus violente de la crise.

Dans l'intervalle des crises, la santé reprend donc une allure normale, bien que la persistance de l'endolorissement nous laisse supposer que la cause des douleurs n'est pas transitoire, mais fixe.

Quant à la répétition des crises, elle semble n'être provoquée par aucune influence notoire. Le repos ou le mouvement, la station debout ou le décubitus horizontal n'ont aucun effet.

A l'examen, on trouve la matité du foie normale ; le bord tranchant ne déborde pas les fausses côtes, le foie est petit ou normal. Du côté droit cependant, il existe, même dans l'intervalle des crises, une défense musculaire, un léger degré de contracture de la paroi, qui laisse plus difficilement apprécier la région. Cet état de contracture est plus marqué pendant les crises ; il n'existe pas à gauche.

L'estomac est très dilaté ; sa grande courbure affleure l'ombilic et on y trouve, même à jeun, le clapotage caractéristique de la grande dilatation.

Le rein droit n'est pas augmenté de volume ; la pression est cependant ressentie plus douloureusement en arrière, à droite qu'à gauche au niveau de l'angle costo-vertébral.

L'état général est bon ; la malade a un peu maigri, mais pas très sensiblement. Elle est très nerveuse, mais sans hystérie ; elle est aussi un peu alcoolique.

En présence de ces symptômes, je pensai plutôt que le foie était en cause que le rein ; je pensais que ces douleurs devaient être attribuées à de la lithiase biliaire. L'absence d'ictère, l'absence de pigment biliaire dans les urines me faisaient penser plutôt à des accidents de colique hépatique fruste, ou à des coliques par sable biliaire. Mais aussi l'importance des vomissements, la dilatation de l'estomac me faisaient supposer une sténose pylorique d'ordre inflammatoire ; sous ce rapport, il est vrai, je ne faisais qu'une supposition ; mais cette supposition était également partagée par M. Chabry, interne de service, qui avait pu suivre la malade depuis plus longtemps que moi.

Dans ces conditions, je conclus à la nécessité d'une laparotomie exploratrice, comptant faire, suivant les circonstances, ou une cholécystotomie ou une gastro-entérostomie.

L'opération fut pratiquée le 31 juillet 1897, avec l'aide de M. Chabry, interne. Anesthésie au chloroforme. Laparotomie sous-costale latérale. Une fois le péritoine ouvert, le foie apparaît par son bord tranchant : la vésicule biliaire a un volume et une conformation normale. Du doigt j'explore le canal cystique et je constate que le pylore est épaissi, induré ; il est enveloppé d'adhérences inflammatoires, qui le fusionnent au col de la vésicule biliaire et modifient sa consistance. Le péritoine présente à ce niveau des tractus fibreux cicatriciels, qui sont la raison de cet épaississement. Les lésions sont exactement localisées au col de la vésicule biliaire et à la région du pylore, elles ne se prolongent pas à distance. L'estomac apparaît, comme nous le supposions, très dilaté.

J'essayais de libérer ces adhérences ; elles me parurent denses et serrées, et je me décidais à faire une gastro-entérostomie, pour laquelle d'ailleurs, tout avait été préparé à l'avance. La gastro-entérostomie fut faite par le procédé de Souligoux, entre la face antérieure de l'estomac et la première anse du jéjunum. Suture de la paroi à un seul plan à la soie.

Les suites furent d'abord normales : température à 37°, pouls bon. Au troisième jour, la malade vomit des matières noires, qui indiquent que la communication s'est établie.

A partir du quatrième jour, les vomissements se répètent d'une façon persistante ; le pouls s'élève à 100 et 120. La malade meurt le sixième jour.

A l'autopsie, il y a de la péritonite autour de la plaie opératoire, un des points du surjet a lâché, et il en résulte une infiltration qui a amené la pénétration des matières dans le péritoïne et la péritonite.

Le pylore est rétréci par des brides fibreuses qui le circonscrivent : le doigt parvient cependant à le franchir, mais avec difficulté. Les adhérences commencent au col de la vésicule biliaire, qui est difficile à reconnaître : le canal cholédoque ainsi que la veine porte sont enveloppés d'un tissu de sclérose qui exerçait sur le pylore une compression énergique. Dans le col de la vésicule biliaire et dans le canal hépatique, on trouve trois petits calculs. Il eût été impossible de séparer et d'isoler le cholédoque des adhérences dans lesquelles il était perdu. Ce n'est qu'en sectionnant transversalement ces adhérences qu'on parvient à reconnaître sa place et son calibre.

Cette observation se résume donc à ceci : lithiasie biliaire, cholédoquite et angiocholite sans distension vésiculaire. Rétrécissement extrinsèque du pylore et dilatation consécutive de l'estomac.

OBSERVATION IX

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Villard)

Mme B..., d'une soixantaine d'années. Passé lithiasique très ancien, à type vésiculaire, avec poussées successives de cholécystite. Présente depuis de nombreuses années des troubles de l'évacuation gastrique, ceux-ci dans ces derniers mois se sont considérablement accrus en s'accompagnant de vomissement et d'un amaigrissement rapide. Au moment de son

entrée à la clinique, cette malade se présente dans un état de cachexie et de dénutrition très prononcée ; l'amaigrissement est extrême et l'anémie profonde. Les signes d'une sténose pylorique sont au complet : vomissements retardés, estomac très dilaté, contractions péristaltiques énergiques. Pas de tumeur perçue au niveau du pylore. Vésicule non sentie, mais la région vésiculaire douloureuse. En raison de ces symptômes une intervention est décidée.

24 octobre 1917. — Laparotomie latérale droite de Mayo. La vésicule est atrophiée, on perçoit par la palpation des petits calculs dans son intérieur. Péricholécystite considérable, réalisant un obstacle sur la première portion du duodénum et la région juxta-pylorique. En raison de la cachexie de la malade on laisse la vésicule en place et l'on pratique une gastro-entérostomie postérieure à la suture.

Suites opératoires normales ; néanmoins la convalescence est longue et l'état général ne se relève que lentement. La guérison est cependant complète et elle s'est maintenue. L'intervention sur la vésicule n'était pas nécessaire.

Sixième groupe

**Cholécystectomie
(ou Cholécystotomie)**

OBSERVATION X

(VILLARD, In *Thèse*, Alex.)

Cholécystotomie. — Section d'adhérences. — Guérison.

M. Villard opère une malade ayant un calcul du cholédoque qui donnait un ictère depuis cinq semaines.

Depuis six ans elle souffrait de douleurs à l'épigastre et dans l'hypocondre droit, douleurs dont on n'avait pu déterminer la cause. Au moment où elle fut examinée par le M. le Professeur Renaut, par M. Etiévant et M. Villard, elle avait les signes nets de sténose du pylore, vomissements après chaque repas, même après l'ingestion d'une petite quantité de liquide, urines rares, selles à peu près nulles, en même temps que les signes d'une obstruction à peu près complète du cholédoque.

L'intervention fut des plus heureuses, l'incision conduisit sur le bord du foie adhérent à l'épilon et à la paroi. Le calcul profondément engagé dans le cholédoque put être refoulé jusque dans la vésicule et extrait par une ouverture pratiquée dans le fond de cette poche. Le pylore était tirailé par plusieurs brides cicatricielles, l'une d'elles surtout était apparente, elle s'étendait au-devant de l'épilon duodéno-cystique entre la vésicule et le pylore qu'elle relevait. Les adhérences furent rompues et la plaie tamponnée.

Aujourd'hui, huit jours après l'opération, la malade est dans les meilleures conditions, elle ne vomit plus et son ictère diminue lentement.

OBSERVATION XI

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur VILLARD)

M^{me} R..., 50 ans. Accidents de lithiase biliaire à type vésiculaire remontant à plusieurs années, mais sans forme larvée, s'accompagnant d'un syndrome pylorique : lenteur des digestions, quelques vomissements, dilatation gastrique, clapotage. Pas de péristaltisme constaté. Mais la malade est grasse, et malgré son amaigrissement, il est difficile d'observer ce symptôme. Aussi le diagnostic porté est-il celui de sténose large du pylore.

4 octobre 1913. — Laparatomie médiane. On se rend compte que le pylore est simplement coudé par des adhérences vésiculaires. La vésicule augmentée de volume à paroi épaissie a tous les caractères d'une vésicule calculeuse. Ne pouvant pas agir sur elle par la ligne médiane, on referme la paroi et l'on fait séance tenante une cholécystostomie par incision latérale droite. Extraction de 6 calculs. Suites normales. La guérison a été rapide ; les phénomènes pyloriques se sont amendés progressivement.

Nous avons eu il y a quelques mois des nouvelles de cette malade qui est restée complètement guérie.

OBSERVATION XII

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur VILLARD)

M^{me} Ch..., 55 ans, entre dans le service pour une affection stomacale.

Les parents sont morts très âgés, son mari d'apoplexie à 64 ans. Un enfant bien portant, pas de fausse-couche.

Santé excellente durant sa jeunesse. Vers 33 ans elle eut des crampes extrêmement vives trois heures après le repas, à siège épigastrique et irradiées dans le dos et en bretelle. Ces crampes disparaissent au bout de quatre mois environ. Depuis un an et demi environ de nouvelles douleurs se

reproduisent siégeant dans le dos, continues avec exacerbation trois heures après le repas. L'appétit diminue beaucoup et l'amaigrissement commence pour se continuer rapidement. Actuellement la malade l'évalue à 7 kgr. environ. Il n'y eu jamais de vomissement de nourriture mais le matin au réveil se produisaient souvent des régurgitations de liquide gênant. La digestion était longue avec somnolence, mais pas de nausées. En même temps s'installe une constipation opiniâtre et la selle noire est ovilée et entourée de glaires jaunâtres. Pas d'intervalle de diarrhée, mais la malade accuse des borborygmes très marqués.

En résumé crises douloureuses à 33 ans sous forme de crampes à irradiations scapulaires. Depuis un an douleurs en rapport avec le repas, plus sourdes avec amaigrissement sans anorexie élective. Régurgitations matinales et constipation opiniâtre.

A l'entrée, femme sans doute amaigrie, mais non cachectique. A l'examen on ne trouve guère que du clapotage et un point douloureux épigastrique. On note également un point vésiculaire. Abdomen souple, pas de masses perceptibles. Rien à l'examen viscéral.

Weber négatif.

Intervention le 3 octobre 1922. Mayo. Laparotomie habituelle. La face convexe du foie et le bord libre sont en symphyse complète avec le péritoine pariétal. La vésicule apparaît bosselée, étranglée, qu'elle est par des tractus fibreux, car toute la région sous-hépatique est en symphyse avec l'estomac, le pylore et le côlon. Il existe une sténose large du duodénum juxta-pyloriques par adhérences vésiculaires. Libération des adhérences, le cholédoque découvert apparaît bleuâtre et légèrement dilaté. Bien qu'on ne s'aperçoive pas de calculs, cholécystectomie, cholédochotomie, exploration du cholédoque ne montre pas de calculs, mais il existe une légère induration de la tête pancréatique et le cathétérisme de l'ampoule de Vater est impossible. Drain en T., tamponnement sous-hépatique habituel. La vésicule incisée, présente un petit diverticule du fond, d'origine inflammatoire.

Le 7 novembre 1922, la malade sort de l'hôpital guérie.

OBSERVATION XIII

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur VILLARD)

M^{me} R..., 69 ans, entre dans le service pour des troubles gastriques avec vomissements alimentaires.

Depuis 15 ans la malade souffre de l'estomac. Ce sont des crises survenant à intervalles irréguliers, tantôt tous les jours, tantôt avec des rémissions de trois semaines, un mois, davantage parfois. Ces crises surviennent de deux à trois heures après le repas, surtout l'après-midi, la malade faisant à midi un repas important et le soir s'alimentant très bien. Néanmoins si le soir elle fait un repas plus copieux, elle souffre vers 11 heures ou minuit. Cette crise dure deux à trois heures. Pas de vomissement. Douleur très vive épigastrique avec irradiations dans le bras droit. Certains aliments favorisent l'apparition de ces phénomènes et la malade a surtout remarqué que l'usage des corps gras, tels le beurre était suivi d'une crise dans les deux à trois heures.

Cet état s'est maintenu jusqu'à il y a un an.

Puis à cette époque ces crises très douloureuses ont été suivies de vomissements alimentaires, puis biliaires, procurant un soulagement immédiat.

La malade reste parfois un mois sans éprouver ces symptômes.

Depuis la fin septembre 1918 ces crises deviennent plus fréquentes, elles se renouvellent presque tous les quinze jours, sont plus douloureuses et la malade s'amaigrit de 6 kgr. Elle est très constipée.

A l'examen on trouve une tumeur dans l'hypocondre droit. Estomac très dilaté. Clapotage. Pas de péristaltisme.

Réaction de Weber négative.

Intervention le 5 décembre 1918. Laparotomie latérale droite de Mayo. On rencontre de suite un gros paquet d'adhérences englobant le bord inférieur du foie, le côlon et la région pyloro-duodénale au milieu duquel on isole difficilement la vésicule biliaire suppurée. Décortication des adhérences intestinales au cours de laquelle la vésicule fissurée

laisse écouler un pus crémeux. Evacuation par aspiration (trompe) et extraction d'un gros calcul du volume d'une noix moulé sur le bassinnet. Cholécystectomie faite aussi ras que possible du bassinnet pour éviter une lésion du cholédoque. Après ablation de la vésicule on s'aperçoit qu'il existe deux orifices répondant aux voies biliaires : un orifice supérieur par où s'écoule la bile, qui paraît être le cystique ; et un second plus bas situé, dont le cathétérisme conduit dans l'intestin ; il est impossible de se rendre compte s'il s'agit d'une blessure du cholédoque ou du duodénum, en raison des adhérences. Un drain est laissé en place dans le cystique et une suture au catgut est effectuée sur l'orifice inférieur. Tamponnement sous-hépatique avec drainage central. Réunion de la plus grande partie de l'incision.

Le 6 décembre 1918 : Sérum artificiel par voie rectale 220 grammes.

Le 7 mars 1919 : La malade quitte le service en gardant encore une fistule en voie de cicatrisation.

OBSERVATION XIV

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur VILLARD)

M^{me} B..., 32 ans. Passé lithiasique ancien à type vésiculaire, forme gastralgique, coupé de poussées inflammatoires, et depuis longtemps soignée pour une lésion ulcéreuse probable de l'estomac. Amaigrissement considérable ; présente l'aspect d'une tuberculeuse. Vomissements rares, mais alimentation gênée par les douleurs qui accompagnent les repas et surtout par une très grande lenteur de l'évacuation gastrique. Etat nauséux, ballonnement épigastrique. L'examen montre de la tension gastrique avec ébauche de péristaltisme. La région vésiculaire est franchement douloureuse. Les commémoratifs très nets permettant de porter le diagnostic ferme de lithiasie vésiculaire avec poussées de cholécystite, on conclut à une sténose partielle du pylore d'origine biliaire.

29 mai 1920 : Laparotomie latérale de Mayo. Vésicule légèrement augmentée de volume, à parois épaissies, de cholécystite ancienne, adhérences cœliques et duodénales. Grosse dilatation gastrique. La sténose pyloro-duodénale était incomplète, on pratique la cholécystectomie pensant que le calibre de l'intestin se rétablira normalement, après l'ablation de la vésicule. L'examen de la pièce montre quatre calculs.

Suites opératoires parfaites. Rétablissement rapide de l'état général, la malade quitte la clinique au bout d'un mois. Elle présente encore de la dilatation gastrique, mais son alimentation se fait bien.

Revue en 1922 cette malade est complètement transformée ; son état général est devenu excellent.

OBSERVATION XV

(In HARTMANN, *Chirurgie des voies biliaires*, 1923, Obs. XLV)

F..., 41 ans. Il y a un an diarrhée intense avec vomissement, pendant huit jours ; après constipation opiniâtre. Au début il y avait des vomissements plusieurs fois par jour ; depuis un mois la malade n'a plus quotidiennement qu'un vomissement, en général vers 22 heures. En même temps elle se plaint de crampes épigastriques apparaissant une heure après les repas, suivies de brûlure avec régurgitations acides, le tout calmé par l'ingestion d'aliments.

Depuis 1903, elle était sujette à des douleurs abdominales vagues, avec diarrhée abondante, muco-membraneuse.

3 mai 1906 : Sous le rebord costal droit, au niveau de la partie externe du grand droit, induration du volume d'une grosse noix, lobulée, difficile à bien délimiter, surtout en haut où elle se confond avec le foie, mobile avec les mouvements respiratoires ; le soulèvement brusque de l'espace costiliaque donne à l'antérieure une sensation de ballottement ; légère douleur à ce moment, de même que par la pression de bas en haut. L'insufflation de l'estomac montre qu'il est très

dilaté, descend jusqu'au milieu de l'espace ombilico-pubien ; elle refoule en haut et à droite la tumeur que l'on n'arrive plus à sentir.

Le matin à jeûn, le tubage de l'estomac retire une quantité considérable de liquide de stase, se séparant par le repos en deux couches, une supérieure d'aspect muqueux, une inférieure épaisse où dominent les débris alimentaires. Il contient de l'acide chlorydrique libre, des peptones, de l'acide lactique, mais ni bile, ni sang. Un repas d'épreuve montre une hyperacidité, une hyperchlorydrie et une hyperchlorurie notables.

9 mai 1906. *Cholécystotomie* (par M. Hartmann). La face inférieure du foie, le côlon transverse et la première partie du duodénum sont fusionnés dans un bloc fibreux, au milieu duquel on sent une partie très dure. Après libération des adhérences on arrive sur une vésicule rétractée, scléreuse, grisâtre ; on l'incise, il s'en écoule quelques gouttes de mucopus et, dans une cavité fongueuse, on trouve un calcul du volume d'une grosse olive qu'on enlève. Drainage. Guérison avec disparition de tous les troubles gastriques. Cette guérison s'est maintenue et en 1921, 15 ans après l'opération nous revoyons la malade qui s'est toujours bien portée et n'a plus jamais eu le moindre trouble digestif.

OBSERVATION XVI

(In HARTMANN, *Chirurgie des voies biliaires*, 1923, Obs. XLVI)

F..., 49 ans, souffre depuis l'enfance de douleurs épigastriques et de digestions difficiles ; au cours de l'hiver 1909-1910, les digestions sont devenues plus difficiles, l'appétit a diminué ; il y a de la lourdeur épigastrique, des nausées, des renvois acides. Les garde-robes sont irrégulières avec tendance à la diarrhée. Depuis quelques mois la malade maigrit rapidement, elle ne peut plus rien digérer, a des vomissements qui, à deux reprises, ont contenu du sang noir avec caillots.

Il y a 5 ans, elle avait constaté une grosseur à droite de l'ombilic, mais comme elle n'en souffrait pas, elle ne s'en était nullement inquiétée.

5 novembre 1910 : A droite de l'ombilic, on voit, soulevant la paroi, une tuméfaction à grand axe oblique en bas et en dedans. La tumeur, à contours régulièrement arrondis, fuit sous la main ; elle peut être amenée de l'ombilic dans le flanc droit, mais ne peut être attirée en bas vers la fosse iliaque ; elle est manifestement retenue par un pédicule supérieur. Elle est élastique et même un peu dépressible.

L'estomac, insufflé, descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et s'arrête à droite au niveau de la tumeur. Le matin, à jeun, le tubage retire une notable quantité de liquide de stase alimentaire, contenant de l'acide lactique, de l'acide butyrique, un peu d'acide chlorhydrique libre et de l'hémoglobine. Pas d'acides biliaires, mais de l'urobiline. Dans le repas d'épreuve, on trouve des traces d'acide chlorhydrique, de l'acide lactique, de l'érythrodextrine, de l'albumose et des peptones.

La malade est très amaigrie et a une anorexie absolue.

7 novembre 1910 : *Cholécystectomie rétrograde*, par M. Hartmann. La vésicule, qui adhère intimement au duodénum, et au pylore, ne peut en être séparée qu'avec le bistouri, et elle est très distendue ; contient un liquide d'apparence muqueuse : un calcul oblitère l'entrée du cystique.

Guérison : Les vomissements ont cessé immédiatement après l'opération, l'alimentation a été reprise progressivement. En février 1911, nous revoyons la malade engraisée, dans un état de santé parfaite.

Septième groupe

**Opérations combinées
en un temps.**

OBSERVATION XVII

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur VILLARD)

Mme M..., 52 ans, envoyée dans le service par le Docteur Gaillard, pour douleurs épigastriques et lithiasse biliaire probable.

A. P. — Trois enfants (un mort de diphtérie à 3 mois). Les autres vivants, bien portants. Mari vivant, bien portant. N'a aucune affection antérieure à signaler, ses accouchements furent normaux.

Signale constipation opiniâtre, qu'elle traitait par la Magnésie.

Réglée autrefois assez régulièrement, ménopause depuis 7 ans sans troubles appréciables.

L'affection actuelle remonte à 3 ans environ.

Elle eut dans la nuit une violente crise de douleurs abdominales, siégeant à la région hépatique, avec irradiations dorsales et non scapulaires, avec vomissements, angoisse, causant l'insomnie, suivis le lendemain d'urines foncées mais sans ictère apparent. Son médecin lui conseille un séjour à l'hôpital (Saint-Pothin, service du Docteur Degoutte). Du service du Docteur Degoutte elle fut envoyée, sans qu'on intervienne chirurgicalement, parce qu'elle avait, dit-elle de l'albumine. Après un séjour de 15 jours dans le service du Docteur Bouchut, elle rentra chez elle. Elle était très amaigrie, mais chez elle reprit du poids et resta sans avoir de crise jusqu'en janvier 1923.

Néanmoins, elle souffrait de lancées dans la région sous-hépatique, mais qui n'interrompirent pas son travail.

La dernière crise remontait au 2 janvier 1923 : elle fut précédée par une indigestion, elle continua à circuler, mais le 1^{er} janvier, dans la rue, elle fut prise d'une douleur aussi violente que lors de la première crise. Elle eut des vomissements verdâtres et depuis cette date elle fut obligée de rester au lit.

Pas de selles (la malade ne va que par lavements), pas de gaz.

Son état restant stationnaire, la malade est envoyée par son médecin à l'hôpital.

Toucher vaginal : Utérus en rétroversion légère.

Cœur : rien d'anormal.

Actuellement : la malade vomit et ne s'alimente pas, déclare vomir tout ce qu'elle mange et n'avoir rien pu prendre depuis le début de sa crise.

Les douleurs siègent à la région sous-hépatique, mais la malade semble les décrire de façon plus intestinale que vésiculaire ; elle a des coliques diffuses dans tout l'abdomen mais avec cependant une localisation élective sous les fausses côtes droites.

Toujours pas de selles, ni de gaz.

A l'examen : Malade non amaigrie. La palpation abdominale est rendue difficile par l'épaisseur de la paroi. L'abdomen est relativement souple, mais la pression profonde sous les fausses côtes est douloureuse et s'accompagne de réaction de défense. On ne peut sentir ni le foie ni la vésicule.

Urines : sont troubles, renfermant des urates en quantité abondante. Par l'acide azotique on met en évidence un disque d'albumine moyen.

Intervention le 30 janvier 1923. — Incision de Mayo. Toute la région sous-hépatique est bloquée par des adhérences coliques et épiploïques qui masquent toute la région. Libération laborieuse d'autant plus que la malade est très grasse et présente des lames épiploïques fortement doublées de graisse. On se rend compte que la sténose est constituée par un bloc inflammatoire périvésiculaire qui a enserré le pylore et toute la première portion du duodénum. Il est impossible de savoir

si ce bloc contient des éléments néoplasiques surajoutés, il s'étend jusqu'au pancréas. Toute libération est impossible, c'est à peine si l'on peut découvrir le fond de la vésicule, épaissie, rétractée, et moulée sur un calcul gros comme une noisette. On arrête momentanément les manœuvres sur les voies biliaires pour pratiquer une gastro-entérostomie postérieure à la suture, rendue particulièrement difficile par un énorme épiploon et l'infiltration graisseuse du méso-côlon transverse. On termine par une taille du fond de la vésicule, qui permet d'extraire un calcul. Tamponnement intra-vésiculaire et sous-hépatique par deux mèches et un drain. Fermeture habituelle.

13 mars 1923 : Suites simples. Au quatrième jour apparition d'une parotidite légère, non suivie de suppuration.

Ablation des mèches au 9^e jour. La température redescend lentement à la normale.

Quitte le service le 13 mars, la cicatrisation n'est pas complète, il reste encore une petite surface non épidermée au niveau de l'incision. Pas d'écoulement de bile.

La malade s'alimente normalement, les vomissements ont totalement disparus.

Huitième groupe

**Opérations combinées
en deux temps.**

OBSERVATION XVIII

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur VILLARD)

M. B..., 66 ans. Phénomènes gastralgiques remontant à l'âge de 20 ans. A 26 ans, affection abdominale qualifiée de gastro-entérite, s'était accompagnée de fièvre et d'un état gravé pendant deux mois. (Cholécystite possible.) Depuis une vingtaine d'années présente 4 ou 5 fois par an des coliques hépatiques nécessitant plusieurs séjours à Vichy. Depuis une dizaine d'années, les crises s'accompagnent d'ictère intermittent. Il y a 6 ans, jaunisse foncée ayant persisté une vingtaine de jours.

En 1920, les crises deviennent de plus en plus fréquentes et s'accompagnent de fièvre.

En 1921, en même temps que des phénomènes douloureux apparaissent des signes de sténose du pylore : anorexie, vomissement alimentaires, amaigrissement considérable. Examiné en décembre 1921, le malade se présente dans un état de faiblesse très grand. La sténose pylorique est certaine. On sent sur la ligne cholédocienne une masse indurée du volume d'un petit œuf de poule. L'induration se continue jusque dans la région hépatique. Bien que le diagnostic porté a été celui de néoplasme, en raison du passé lithiasique, nous pensons que le malade est indubitablement porteur d'une lithiase cholédocienne et qu'il y a de grandes chances que l'obstacle pylorique soit d'origine biliaire. En raison de l'état précaire du malade et de la sténose serrée du pylore on décide de négliger momentanément les accidents biliaires, pour parer seulement à l'obstacle gastrique.

9 décembre 1921. — Incision médiane sus-ombilicale. Gastro-entérostomie postérieure à la suture.

Suites normales ; rétablissement assez rapide de l'état général, le malade quitte la clinique au bout d'un mois en bon état.

Revu en juillet 1922 : Depuis l'intervention, le malade a pu s'alimenter normalement, mais de nouveaux accidents hépatiques se sont manifestés, à type cholédocien, crise douloureuse violente, fièvre et ictère.

Le 27 mai, une crise particulièrement forte s'est accompagnée d'une fièvre dépassant 40° et d'un ictère prolongé. Ces différents accidents ont de nouveau fait fléchir l'état général, qui s'était considérablement amélioré, à la suite de la première intervention.

A l'examen, on constate la persistance de la petite tumeur déjà constatée l'année précédente, son état stationnaire confirme dans l'hypothèse d'une lésion inflammatoire.

4 juillet 1922. — Incision Mayo. Cholécystectomie. Un calcul placé au confluent était cause des accidents cholédociens. Drainage des voies biliaires.

Malgré des accidents bronchitiques, suites normales, période de fistulisation biliaire assez longue. Le malade quitte la clinique au bout de six semaines avec un écoulement encore assez abondant. La fermeture de la fistule après des périodes d'occlusion temporaire ne devient définitive qu'en décembre.

Revu en juin 1923 : Le malade est transformé, il est très vigoureux, malgré ses 68 ans, il a engraisé de 10 kgr. Digère bien et ne se plaint d'aucun trouble.

OBSERVATION XIX

(In HARTMANN, *Chirurgie des Voies biliaires*, 1923, Obs. 44)

J..., 45 ans. Douleurs de 2 à 3 heures après les repas, avec brûlures, acidité. Stase gastrique le matin à jeun.

Gastro-entérostomie postérieure, le 25 mars 1917, par M. Hartmann.

Suites opératoires. — Tous les troubles disparaissent ; au bout de quelques semaines la malade ne suit plus aucun régime ; elle mange du hareng, de la salade, etc., et va très bien jusqu'au 24 février 1919, jour où elle est prise brusquement des douleurs, de vomissements et de renvois acides. Les douleurs occupent l'épigastre, l'hypocondre droit et s'irradient en arrière, dans le dos, vers la région scapulaire. Pendant quelques jours, il existe un ictère léger. La température monte de temps en temps à 38°. Les crises se répètent dès que la malade s'alimente et nécessitent de la morphine.

Au palper, on constate une contracture de défense au-dessous du rebord costal droit et de la douleur à la pression à ce niveau. Pas d'ictère. L'examen radiologique de l'estomac est pratiqué par le Docteur Barret. Il n'y a pas de liquide à jeun ; le bas-fond est ptisé ; l'estomac est hypotonique. L'évacuation du mélange opaque s'effectue très rapidement par la bouche opératoire ; il n'y a pas de trace d'évacuation par le pylore ; contractions péristaltiques énergiques dans le segment inférieur jusqu'au voisinage du pylore.

Choléchystectomie et cholédocotomie, le 19 mai 1919, par M. Hartmann. Le duodénum, dans sa première portion, adhère intimement au foie, on ne voit pas la vésicule. Incision des adhérences au niveau de l'encoche du bord hépatique. Abaissement du côlon et du duodénum. La vésicule, du volume du petit doigt, est grisâtre, fibreuse et s'implante sur la partie latérale d'une cholédoque dilatée. Ablation. Elle contient un gros calcul et plusieurs petits. Le cholédoque incisé admet le petit doigt, il ne contient pas de calcul.

Suites opératoires : Guérison sans incidents. En 1922, trois ans après l'opération, la malade est toujours bien portante.

OBSERVATION XX

(In Thèse de MARCHAIS)

Dilatation stomacale sans sténose pylorique. Gastro-entérostomie postérieure. Cholécystotomie en deux temps.

Bien portante dans son enfance, la malade fut réglée à 13 ans et depuis très régulièrement. Elle eut quatre accouchements normaux, à 20, 22, 25 et 35 ans. Elle eut en outre trois fausses couches.

Les maux d'estomac remontent à 6 ans, elle éprouvait des douleurs siégeant au creux épigastrique et s'irradiant entre les épaules. Ces douleurs n'étaient pas journalières, mais elles apparaissaient d'une façon intermittente; elles atteignaient leur maximum trois ou quatre heures après les repas. Elle n'a jamais eu d'hématémèse, ni de melaena. Deux ans après apparaissent des vomissements alimentaires et survenant après les repas, bilieux le soir vers les dix heures. La constipation était opiniâtre. L'amaigrissement fit des progrès rapides. Au mois de mars dernier, eut des crises très violentes de coliques hépatiques caractérisées par des douleurs extrêmement vives au niveau de l'hypochondre droit et de l'ictère avec décoloration des matières fécales. Les crises hépatiques ne se renouvelèrent pas, mais les douleurs épigastriques, l'amaigrissement s'accrurent. Elle entra dans le service du Docteur Hayem, qui nous l'adresse avec la note ci-jointe :

« Pas d'obstacle pylorique, pas d'ulcère. L'estomac se vide pendant la nuit. Mais il présente une déformation en V, avec dilatation assez grande et atonie (amincissement de la paroi). Digestion lente, pénible, douloureuse, entretenant un état de neurasténie insurmontable. La malade est décidée à sortir de cet état au prix d'une opération. »

A son entrée, nous nous trouvons en présence d'une femme très amaigrie. La paroi abdominale est flasque, le foie ne déborde pas très notablement les fausses côtes, l'estomac est très dilaté ; à droite de la ligne médiane, dans la zone pylorique, la palpation profonde décèle une induration du volume d'un œuf de pigeon, dure, roulant sous le doigt, mais nulle-

ment douloureuse. Le rein droit est déplacé et l'on ne constate aucune lésion du côté des autres organes, poumons et cœur.

22 mai : *Opération.* — Incision de 10 cm. environ finissant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'incision de la paroi donne lieu à une hémorragie plus abondante que de coutume. L'estomac paraît bilobé. Le pylore présente nettement l'induration qu'on sentait à l'état de veille ; mais les parois de l'intestin et de l'estomac sont souples.

L'exploration de la région conduit sur la vésicule biliaire qui est petite et contractée sur un amas de calculs, il semble qu'il y en a plus d'une vingtaine. La face inférieure de cette vésicule adhère à la région pylorique par des larges adhérences.

L'estomac est renversé et récliné en haut. On saisit la première anse jéjunale, on l'amène au contact de la paroi stomacale postérieure, on pratique la gastro-entérostomie habituelle. On prend soin de créer une longue communication entre les deux parties de tube.

Cette première partie de l'opération terminée, on amène la vésicule dans la plaie et on la suture méthodiquement au péritoine, de façon que son fond déborde le niveau de la peau. On suture alors très soigneusement ce fond de la vésicule aux téguments. On place deux fils d'attente pour permettre de retrouver dans quelques jours cette vésicule. La plaie abdominale est suturée et la malade pansée.

La durée de l'opération n'a guère dépassé une heure.

Suites opératoires: Excellentes. La malade n'a aucun vomissement. Pas d'élévation de température.

Le 26 mai, la malade commence à s'alimenter.

Le 7 juin, apparition de douleurs au niveau de la région épigastrique.

Le 9 juin, la malade est endormie et l'on procède à l'ouverture de la vésicule. Avec la pince et la curette, on retire 64 calculs irrégulièrement polyédriques dont le volume varie d'un gros pois au volume d'une tête d'épingle. Un de ses calculs est beaucoup plus volumineux que les autres, il est formé du reste d'une agglomération de calculs petits.

Cette seconde opération est admirablement supportée, la malade ne souffre plus et mange avec appétit.

De la bile a été recueillie, des préparations ont été faites sur deux lamelles ; l'une a été colorée au bleu de Kühne, l'autre suivant la méthode de Gram. On n'y trouve aucun élément pouvant faire croire à la présence d'un bacille quelconque.

Des cultures ont été faites sur bouillon à la peptone et sur gélose : ces ensemencements ont été portés à l'étuve et sont restés stériles au bout de plusieurs jours.

De ces examens, on peut conclure à l'absence dans le liquide des microbes aérobies.

OBSERVATION XXI

(Von HACKER. *Wien. Klin. Wochens.*, 1892, n° 47, p. 677)

Rétrécissement fibreux. Cholélithiase. Gastro-entérostomie postérieure et cholécystotomie. Succès opératoire

Catherine C., 41 ans, mère de 6 enfants, rougeole dans l'enfance, toujours bien portante, règles régulières, ménopause à 40 ans. Père mort du typhus, mère morte d'une maladie inconnue. Elle souffre de l'estomac depuis neuf mois, nausées, vomissements, douleurs qui surviennent deux heures après les repas, amaigrissement depuis quelques semaines, teint pâle, constitution bonne, pannicule adipeux diminué. Sonorité normale sur toute la hauteur des poumons, quelques rhoncus en haut et à gauche, bruits du cœur éloignés, mais sans souffle. Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt. Rate normale. La sonorité stomacale s'étend jusqu'à l'ombilic. Au niveau du pylore on trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf, irrégulière, dure, mal limitée, assez mobile, peu sensible à la pression. L'urine ne contient ni albumine ni sucre. Poids du corps 50 kgr et demi.

Le 17 mai 1892, gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique, premier temps de la cholécystotomie. Ouverture de l'abdomen sur la ligne médiane par une incision allant de l'appendice xyphoïde jusqu'à l'ombilic. On est en présence d'une tumeur lisse qui, en raison de sa dureté, en impose par un ulcère. Cette tumeur est particulièrement adhérente en arrière. Adhérences en haut avec le foie. La vésicule biliaire est augmentée de volume et dépasse le bord antérieur du foie de deux travers de doigt, elle est remplie de calculs. On pratique la gastro-entérostomie postérieure comme dans les cas précédents. On enlève également un ganglion mésentérique qui a la grosseur d'un pois. (L'anatomie microscopique faite dans la suite montre qu'ils étaient simplement enflammés.) On sutura ensuite le sommet de la vésicule biliaire au péritoine pariétal, sur une étendue de la valeur d'un kreutzer. On ferma la cavité abdominale par une suture en étages. La suite de l'opération fut sans réaction fébrile.

Le sixième jour on sectionne au thermocautère la portion de la vésicule suturée au péritoine après l'avoir attirée en avant avec deux fils de soie placés lors de l'opération. On retire alors de la vésicule biliaire 9 calculs polyédriques et ayant la grosseur d'une noisette ; les derniers sont extraits avec assez de peine. On tamponne modérément la plaie avec de la gaze iodoformée ; à l'ouverture, point d'écoulement de bile ; il ne s'est écoulé qu'un peu de liquide trouble et visqueux. Dans la suite, il s'écoula de la vésicule un peu de pus et en dernier lieu un liquide visqueux d'abord trouble puis clair. On tenta souvent de dilater la fistule, parce que, lors de son exploration, on avait senti des rugosités, mais on ne trouva plus de calculs, il s'agissait probablement d'une rugosité pariétale. On plaça un drain dans la vésicule et on pratiqua des lavages au sublimé faible. Le drain fut bientôt remplacé par un autre drain plus petit et on le supprima complètement le 29 juin. La malade n'a pas vomi depuis l'opération, elle n'a plus eu de douleurs d'estomac, ni de difficultés dans la digestion ; elle put prendre d'abord des aliments liquides, puis bientôt elle prit des aliments solides et quitta l'hôpital vingt-quatre jours après l'opération ; la digestion et les selles étaient régulières, elle ne conservait plus qu'une petite fistule

dont l'orifice ne donnait accès qu'à une aiguille à tricoter. La malade avait repris bonne mine et elle avait augmenté de 6 kilogrammes.

Le 20 août 1892, la malade revient se montrer à l'hôpital, il s'écoule moins de liquide visqueux de la fistule. La malade se trouve bien sous tous les rapports, sa mine est devenue meilleure. L'augmentation du poids jusqu'à ce jour est de 9 kgr.

Conclusions.

I. — Le traitement des sténoses pyloro-duodénales d'origine biliaire doit être envisagé au double point de vue des lésions de la vésicule et des altérations pyloriques qui en sont la conséquence.

II. — La concomitance des lésions hépatiques et gastriques semble au point de vue théorique nécessiter à la fois une intervention sur la vésicule (cholécystostomie ou cholécystectomie) et une opération de dérivation gastrique (gastro-entéro-anastomose).

III. — En pratique, ce double but thérapeutique peut ne pas être nécessaire, certaines sténoses disparaissant après l'ablation de la vésicule biliaire, d'autres guérissant radicalement par gastro-entérostomie, sans qu'il soit nécessaire d'intervenir sur la vésicule atrophie et scléreuse. Dans certains cas cependant la double intervention sera nécessaire.

IV. — Les sténoses incomplètes, caractérisées par des simples troubles digestifs avec tension gastrique pouvant aller même jusqu'au péristaltisme, mais sans vomissement, ni altération de l'état général seront justiciables de la cholécystectomie. La cholécystostomie est à rejeter comme insuffisante.

V. — Les sténoses serrées avec vomissement et amaigrissement devront toujours être traitées par la gastro-entérostomie d'emblée ; sous réserve de la possibilité d'une intervention secondaire sur la vésicule dans le cas de persistance d'accidents hépatiques.

VI. — Il sera indiqué de pratiquer la cholécystectomie et la gastro-entérostomie dans la même séance dans le cas de sténose compliquée d'accidents lithiasiques en évolution et dans ceux plus légers où il y aura une telle superposition des troubles gastriques et des douleurs vésiculaires, que l'origine des accidents pourrait paraître incertain.

VI. — Toutes les fois que la gastro-entérostomie ne sera pas envisagée comme une seule opération, il y aura lieu d'utiliser pour la laparotomie l'incision cou-dée de Mayo, qui permettra de vérifier très exactement les lésions vésiculaires et gastriques et de faire suivant les circonstances, soit la chlécystectomie, soit la gastro-entérostomie, soit les deux.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu :

VILLARD.

LE DOYEN,

Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 21 Juin 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur, et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

DÉPÉRET.

Bibliographie.

- ALEX. — *Sténose du pylore d'origine biliaire. Thèse de Lyon* 1896.
- BARRET et CHANFOUR. — *Presse Médicale*, 18 octobre 1922.
- BOUVERET. — *Revue de Médecine*, 1896.
- COTTE. — *Traitement chirurgical de la lithias biliaire et de ses complications. Thèse de Lyon* 1908-1909.
- COTTE et BRÉSSOT. — *Revue de Chirurgie*, 1919.
- DUFOUR. — *Contribution à l'étude des sténoses pyloriques d'origine biliaire. Thèse de Paris* 1902-1903.
- ENRIQUEZ et CARRIÉ. — *Journal médical français*, janvier 1923.
- GARDÈRE. — *Les dilatations gastriques par altération de la tunique musculaire, consécutives aux inflammations répétées du péritoine gastrique. Thèse de Lyon*, 1909-1910.
- HARTMANN. — *Chirurgie des voies biliaires*, 1923.
- LÉPER. — *Leçons de pathologie digestive*, 4^e et 5^e séries.
- MARCAIS. — *Sténoses pyloriques d'origine biliaire. Thèse de Paris*, 1898.
- MONPROFIT. — *La gastro-entérostomie*.
- PINATTELL. — *Gastro-entéro-stomie en dehors du cancer. Thèse de Lyon* 1902.
- RAMOND. — *Presse médicale*, 20 juillet 1921.
- TERRIER et HARTMANN. — *Chirurgie de l'estomac*.
- TRAPIER et PAVIOT. — *La péritonite sous-hépatique. (Collection Léauté.)*
- TUFFIER. — *Rétrécissements du pylore d'origine biliaire. Journal des Praticiens*, 1914.
- TUFFIER et MARCAIS. — *Sténoses pyloriques d'origine biliaire. Revue de Chirurgie*, 1897.
- VILLARD. — *Rétrécissements inflammatoires du pylore. Lyon Chirurgical*, 1909.
- VILLARD et NOVÉ-JOSSERAND. — *Lyon Chirurgical*, 1909.
- VILLARD. — *Rétrécissement large du pylore. (Société des Sciences médicales de Lyon, 6 décembre 1909.)*

TABLE DES MATIERES

Avant-propos.....	7
Chapitre premier. — Les sténoses vraies et les fausses sténoses.....	9
Chapitre II. — Les méthodes thérapeutiques....	17
Chapitre III. — Indications opératoires.....	21
Observations.....	27
Sténose par calculs.....	27
Pylorectomie.....	29
Dilatation du pylore par voie endogastrique	34
Libération d'adhérences.....	35
Gastro-entérostomie.....	38
Cholécystectomie (ou cholécystotomie)...	46
Opérations combinées en un temps.....	54
Opérations combinées en deux temps.....	57
Conclusions.....	65
Bibliographie.....	67
